

⁽¹⁾ Universidad Politécnica de Zacatecas. Fresnillo, Zacatecas, México.

⁽²⁾ Departamento de Fisiología, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara. Guadalajara, México.

<https://doi.org/10.21149/9276>

Referencias

1. Mammès O, Betoulle D, Aubert R, Giraud V, Tuzet S, Petiet A, et al. Novel polymorphisms in the 59 Region of the LEP gene association with leptin levels and response to low-calorie diet in human obesity. *Diabetes*. 1998;47:487-9. <https://doi.org/10.2337/diabetes.47.3.487>
2. Le-Stunff C, Le Bihan C, Schork NJ, Bougnères PA. A common promoter variant of the leptin gene is associated with changes in the relationship between serum leptin and fat mass in obese girls. *Diabetes*. 2000;49:2196-200. <https://doi.org/10.2337/diabetes.49.12.2196>
3. Hinuy HM, Hirata MH, Forti N, Diamant J, Sampaio MF, Armaganjian D, et al. Leptin G-2548 A promoter polymorphism is associated with increased plasma leptin and BMI. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2008;52(4):611-6. <https://doi.org/10.1590/S0004-27302008000400006>
4. Wang TS, Huang MG, Chang WT, Ko AM, Tsai EM, Liu CS, et al. G-2548A polymorphism of the Leptin gene is correlated with extreme obesity in Taiwanese aborigines. *Obesity*. 2006;14(2):183-7. <https://doi.org/10.1038/oby.2006.23>
5. Yang CY, Peng CY, Liu YC, Chen WZ, Chiou WK. Surface anthropometric indices in obesity-related metabolic diseases and cancers. *Chang Gung Med J*. 2011;34:1-22.
6. Bender N, Allemann N, Marek D, Vollenweider P, Waerber G, Mooser V, et al. Association between variants of the leptin receptor gene and overweight: A systematic review and an analysis of the colaus study. *PLoS ONE*. 2011;6(10):e26157. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0026157>

La reciente sindemia de VIH y drogas inyectadas en Hermosillo, Sonora, y cómo hacerle frente a través de una política pública de reducción de daños

Señor editor: México ha experimentado un gradual aumento en la transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) por uso de drogas inyectadas (DI). Para 2015, se estimaba que en el país había 141 690

usuarios de opiáceos, de los cuales, 43.9% residía en Tijuana, Ciudad Juárez, Hermosillo y Guadalajara.¹ Es la primera vez que aparece Hermosillo, Sonora, en el registro de las ciudades con alta presencia de uso de opiáceos.

Del total de personas que ingresaron a centros de tratamiento no gubernamentales en Sonora, aquellas que reportaron metanfetaminas como principal droga de impacto pasó de 35% en 2007 a 53% en 2014.^{2,3} El porcentaje de aquéllos que reportaron heroína como principal droga de impacto pasó de 15 a 19% en el mismo periodo.^{2,3} La tasa de incidencia de uso de DI en Sonora pasó de 44.5 por cada 100 000 habitantes en 2009 a 53.8 en 2014.⁴ Antes de 2000, el uso de DI representaba 4.8% de todos los nuevos casos de VIH en Hermosillo, mientras que, a 2014, representó 23.1%.⁵

El aumento del uso de DI y la infección por VIH entre personas que se inyectan (PID) emergen en un ambiente de riesgo caracterizado por mayor presencia del crimen organizado –como lo muestra el aumento de 74% en la tasa de homicidios⁶– y el acceso insuficiente a programas de reducción de daños.

Los recursos destinados a la prevención del VIH en PID han disminuido a partir del año 2013. El número de jeringas distribuidas por PID cayó de 19.7 en 2013 a 3.9 en 2014; el número de organizaciones que llevaron a cabo programas de intercambio de jeringas cayó de 3 a 1 durante este periodo.¹ Aunque hay 14 centros de rehabilitación no gubernamentales en Hermosillo, sólo seis cumplen con los estándares mínimos estipulados por la ley⁷ y no hay protocolos para integrar los servicios de tratamiento del VIH, la reducción del daño y el uso problemático de drogas. La única clínica de metadona en la ciudad fue clausurada en 2015 por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris), sin que hasta a la fecha se

haya implementado alguna acción pública para ofrecer alternativas a los usuarios que estaban tratando su dependencia a la heroína.

Para hacer frente de manera efectiva a la creciente sindemia de VIH y drogas inyectadas en Hermosillo es necesario avanzar en cuatro líneas de acción: 1) debe ponerse en marcha una política pública de reducción de daños que garantice los recursos necesarios para realizar acciones de este tipo en áreas prioritarias; 2) es necesario aumentar la vinculación entre los programas de prevención y atención de VIH/sida y los programas de prevención y control de las adicciones; 3) urge ampliar la oferta pública de clínicas de metadona, y 4) apremia garantizar el acceso universal a la terapia antirretroviral para PID independientemente de su condición de uso de drogas. Vincular los servicios de organizaciones de la sociedad civil con aquéllos ofertados por instituciones gubernamentales es un aspecto clave en este proceso.

Angélica Ospina-Escobar, D en Est Pobl,⁽¹⁾
angelicaospinae@gmail.com
Carlos Magis-Rodríguez, D en SP.⁽²⁾

⁽¹⁾ Universidad Nacional Autónoma de México. México.
⁽²⁾ Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/Sida. Ciudad de México, México.

<https://doi.org/10.21149/9142>

Referencias

1. Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida. Informe Nacional de avances en la respuesta al VIH y el SIDA. México, DF: Secretaría de Salud, Censida, 2015.
2. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones. Informe Sonora 2007. México: Secretaría de Salud, 2007.
3. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones. Informe Sonora 2014. México: Secretaría de Salud, 2007.
4. Comité de Monitoreo y Evaluación del Consejo Nacional para la prevención del Sida. Boletín del grupo de información sectorial de VIH, SIDA e ITS No. 12 (diciembre 2014). Ciudad de México: Secretaría de Salud, 2014 [citado agosto 1, 2017]. Disponible en: <http://www.censida>.

salud.gob.mx/descargas/comites/monitoreo/Bol12_2014_21122015_VER_S_T.pdf
 5. Secretaría de Salud, Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH/SIDA. Casos de VIH y SIDA diagnosticados y notificados según año y vía de transmisión en las ciudades de Tijuana, Ciudad Juárez y Hermosillo 1983-2014. México, DF: Secretaría de Salud, 2015 [citado mayo 22, 2018]. Disponible en: http://www.sisi.org.mx/jspssi/documentos/2015/seguimiento/00012/0001200308315_065.pdf
 6. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas de Mortalidad. Defunciones por homicidios según ciudad de registro. México, Inegi: 2017 [citado feb 2, 2018]. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/proyectos/bd/continuas/mortalidad/defuncioneshom.asp?s=est>
 7. Secretaría de Salud, Centro Nacional contra las Adicciones. Centros Residenciales con Reconocimiento CONADIC/CENADIC en Hermosillo, Sonora. México, DF: Secretaría de Salud, 2015 [citado febrero 12, 2017]. Disponible en: http://www.sisi.org.mx/jspssi/documentos/2015/seguimiento/00012/0001200308115_065.pdf

El análisis de las desigualdades en salud: comentarios a Julio Pisanty-Alatorre

Señor editor: Hemos leído con interés el artículo "Inequidades en la mortalidad materna en México: un análisis de la desigualdad a escala subestatal", publicado recientemente,¹ el cual destaca la importancia de analizar la mortalidad materna en México e identificar aquellas condiciones que determinan las desigualdades. Sin embargo, deseamos hacer los siguientes comentarios.

En el artículo se menciona el interés de conocer el estado que guardan los municipios respecto a la mortalidad materna. Al respecto, es importante señalar que el uso de la razón de mortalidad materna (RMM) como indicador ha sido ampliamente justificado, incluyendo la construcción del numerador/denominador elegido para tal fin y considerando además los problemas de registro subyacentes, así como la importancia de la reclasificación.^{2,3} La RMM no es un promedio de las defunciones; la construcción de

ambas mediciones difieren respecto a la relación numerador/denominador, por lo que su consideración en el artículo no es correcta.

Es importante reconocer que ningún sistema de notificación y vigilancia epidemiológica da cuenta de todos los casos, pero se pueden estimar las cifras reales a través del método de captura y recaptura o el de inventario, lo que sería de utilidad para dar respuesta al interés que se plantea en el artículo.

Se menciona que no existen antecedentes de la notificación de márgenes de error de las cifras, por lo que son poco confiables, y se plantea el uso del error estándar relativo (EER) a partir de la fórmula propuesta, donde se supone que la RMM es una proporción. A lo anterior, el cálculo del error estándar describe la desviación estándar de la distribución muestral de un estadístico, no la distribución de los valores individuales, siendo el EER la expresión del error estándar como porcentaje de la media y de utilidad cuando los datos fueron obtenidos a partir de una muestra, lo cual no ocurrió en el artículo.⁴

El autor interpreta en sus conclusiones la diferencia de la Razón de mortalidad materna (RMM) entre los espacios territoriales como una medición de riesgo o probabilidad, sin embargo, dada la naturaleza de la misma, no es adecuada dicha interpretación, ya que no expresa términos de probabilidad, como lo haría una razón de prevalencia o razón de momios.⁵

Por otra parte, el análisis del socioterritorio utilizado en el artículo se basa en el método de Jenck, entre cuyas ventajas destaca que no permite comparaciones directas y sólo se justifica cuando existen discontinuidades. Para el abordaje del socioterritorio es necesario considerar las características sociales-económicas para delimitar dichos espacios, sobre

los cuales se analizan los indicadores de salud y las brechas de desigualdad.

Es recomendable que para el análisis de desigualdades en salud se realicen mediciones absolutas y relativas específicas. El uso del Índice de Disparidad e Índice de Theil permite conocer las desigualdades entre regiones y la eventual modificación en sus valores en periodos de tiempo específicos, tomando en cuenta que la unidad de análisis por municipio o estado es de dimensión no ordenada (ordinal) y considerando el cero como valor de igualdad.

Oswaldo Sinoe Medina-Gómez, MC, D en SC,⁽¹⁾
 epired@gmail.com
 Jacqueline Espinosa-Felix, MC,⁽²⁾
 Karla Sarahí Ramos-Orenday, MC.⁽²⁾

⁽¹⁾ Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México, México.

⁽²⁾ Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, Instituto Mexicano del Seguro Social. Ciudad de México, México.

<http://doi.org/10.21149/19252>

Referencias

1. Pisanty-Alatorre J. Inequidades en la mortalidad materna en México: un análisis de la desigualdad a escala subestatal. *Salud Publica Mex* 2017;59:639-649. <https://doi.org/10.21149/8788>
2. Eternod- Arámburu M. Metodología para calcular la razón de mortalidad materna: un mejor registro y un indicador deficiente. *Realidad, Datos y Espacio Rev Int Estad Geog* 2012; 3(1): 24-69.
3. Torres LM, Rhenals AL, Jiménez A, Ramírez-Villalobos D, Urióstegui R, Piña M, Rocha H. Búsqueda intencionada y reclasificación de muertes maternas en México: el efecto en la distribución de las causas. *Salud Publica Mex* 2014; 56(4):333-347. <https://doi.org/10.21149/spm.v56i4.7353>
4. Centers for Disease Control and Prevention/ National Center for Health Statistics. Reliability of estimates [sitio de internet]. Atlanta: CDC. [consultado nov 10, 2017]. Disponible en: https://www.cdc.gov/nchs/ahcd/ahcd_estimation_reliability.htm
5. Moreno-Altamirano A, López-Moreno S, Corcho-Berdugo A. Principales medidas en epidemiología. *Salud Pública Mex* 2000;42(4):337-348. <https://doi.org/10.1590/S0036-3634200000400009>